



CORRELACION ENTRE DIVERSOS CUESTIONARIOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION

A. PORTA BIOSCA J. VALLEJO RUILOBA M. FREIXA BLANXART

*Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Barcelona
abril 1973*

1. INTRODUCCION E HIPOTESIS DE TRABAJO

No es raro que en la práctica médica nos encontremos con dudas diagnósticas ante un enfermo que no sabemos si encuadrarlo dentro del marco de la angustia o de la depresión. Sucede con frecuencia que en el mismo paciente se dan componentes de ambas entidades, y es entonces cuando el clínico debe valorar la intensidad y características de cada uno de los síntomas.

Se trata, al fin, de llegar a dilucidar que es lo nuclear en aquel enfermo, ya que de esto depende la actitud terapéutica psico-farmacológica a adoptar. En muchas ocasiones esto que aparentemente puede parecer sencillo, se complica cuando el cuadro clínico se presenta con una sintomatología poco definida. Así, todos sabemos que en ciertos casos de neurosis de angustia que llevan una larga evolución aparecen síntomas de matiz depresivo, como la apatía, pérdida de ilusión por las cosas, e incluso una tristeza intensa. Y, en cambio, muchos depresivos revisten su cuadro con un tinte de ansiedad, que en este caso debe considerarse secundaria a la enfermedad nuclear.

Ante estas dificultades diagnósticas los cuestionarios de ansiedad y depresión se nos ofrecen en principio como un arma capaz de aportar una visión más objetiva del estado psicopatológico del paciente.

Sin embargo, se observa con frecuencia una a disparidad entre los resultados que arrojan estos tests y la opinión que «a priori» el clínico se había formado a través de la entrevista.

Los cuestionarios son capaces de discriminar de manera clara aquellos casos en los que la angustia y la depresión se manifiestan de una forma evidente. Pero existe una zona intermedia entre ambas entidades que, según nuestra experiencia, los cuestionarios no consiguen matizar.

Es frecuente ver cómo enfermos claramente depresivos obtienen altas puntuaciones ante cuestionarios de ansiedad. Ello se debe a lo apuntado anteriormente, respecto a que el enfermo depresivo, salvo en algunos casos de depresión endógena, presenta, acompañando al cuadro primario, todo un cortejo de síntomas de la serie ansiosa.

A pesar de todo creemos que sería sumamente interesante disponer de cuestionarios que fueran capaces de captar la realidad clínica. Es por ello que nos ha parecido oportuno efectuar una comparación entre distintos cuestionarios de ansiedad y depresión con el fin de estudiar las correlaciones entre ellos.

Intentaremos demostrar que con el solo criterio de los cuestionarios es difícil establecer un diagnóstico. Este hecho debe ser tenido en cuenta a la

hora de utilizarlos como métodos objetivos de valoración en estudios psicofarmacológicos, por ejemplo. Así, podemos, basándonos en puntuaciones obtenidas, calificar de angustiado a un sujeto que en realidad está afectado de una depresión. Tras la administración de un psicofármaco observamos al efectuar el retest un estacionamiento o agravación del cuadro, deduciendo, sin una base lógica, que aquel fármaco es ineficaz en un cierto número de casos que en realidad están mal diagnosticados.

Frecuentemente se utilizan cuestionarios que miden más algunos aspectos de la personalidad neurótica, que la realidad psicopatológica del momento. Por otra parte, pensamos que con cierta frecuencia existen altas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en cuestionarios de ansiedad y depresión en un mismo tipo de pacientes.

Es decir, que los angustiados por una parte, pero especialmente los depresivos, contestan positivamente tanto a los ítems que miden angustia como a los que miden depresión.

Otra observación que hemos hecho es que en general las preguntas que miden depresión están mejor delimitadas que las de angustia, ya que recogen más fielmente el estado básico de ánimo del enfermo. Posiblemente este hecho se deba a que muchos de los ítems de estos cuestionarios admiten una doble entrada o enfoque, a saber, el que le pueda dar el enfermo deprimido o el angustiado, y que en todo caso si la pregunta no se plantea con la finura psicopatológica necesaria puede ser contestada afirmativamente por ambos tipos de pacientes. Trataremos de aclarar esto a través de algunos ejemplos. Así, al preguntar sobre el estreñimiento no se tiene en cuenta la relación temporal con la aparición del síntoma, ya que el neurótico con trastornos neurovegetativos puede padecer un estreñimiento crónico, mientras que el depresivo lo presenta coincidiendo con la aparición de la enfermedad. Otras veces se hace referencia general a los trastornos del sueño, sin precisar si el insomnio es de primera o segunda mitad de la noche, dato que todo clínico analiza en la entrevista. También hay preguntas sobre la facilidad en hacer las cosas, o la incapacidad de fijar la atención en el trabajo que en ambos tipos de pacientes pueden estar mermadas aunque la raíz es diferente, ya que en el angustiado la base está en su dispersión de ideas e intranquilidad, mientras que en el deprimido es la apatía, el desinterés y un pensamiento pobre en ideas lo que explica estas dificultades de realización. Estos ejemplos se podrían multiplicar, y queda claro que desde el punto de vista clínico muchos de los ítems que constituyen los cuestionarios no matizan lo suficiente como para que a través de ellos se pueda discriminar un tipo de paciente de otro.

De ser ciertas estas observaciones es lógico que existan correlaciones significativas entre los cuestionarios de ansiedad y los de depresión, lo cual iría a favor de que ambos están midiendo, al menos parcialmente, el mismo trastorno. Por otra parte es lógico suponer, según lo expuesto anteriormente, que las medias obtenidas por ambos tipos de enfermos ante un mismo cuestionario darán una diferencia significativa ya que todos los enfermos contestarán afir-

mativamente a la mayor parte de las preguntas, sean de la vertiente de angustia o de la depresiva.

2. METODO

MUESTRA. — Se escogieron al azar 41 enfermos poliartríticos crónicos progresivos de un centro reumatológico de la ciudad, que presentaban además trastornos del estado de ánimo. Ninguno de ellos estaba hospitalizado, así como tampoco estaban bajo terapéutica psicofarmacológica.

De estos 41 enfermos, 28 se clasificaron clínicamente como angustiados y 13 como depresivos.

En la muestra había 33 pacientes del sexo femenino y 8 del masculino. La edad oscilaba entre 20 y 55 años.

PRUEBAS APLICADAS. — Se aplicaron los siguientes cuestionarios: a) cuestionarios que miden angustia: Escala de Cattell (1), Escala de Ansiedad manifiesta de Taylor (2), y NAD (parte de angustia) de Costa Molinari; y b) cuestionarios que miden depresión: Hamilton (3), Zung-Conde (4) y NAD (parte de depresión) de Costa Molinari (5).

Dichos cuestionarios se aplicaron a todos los enfermos sin tener en cuenta el grupo a que pertenecían.

ANALISIS ESTADISTICO. — Una vez aplicadas las pruebas y corregidas se procedió a analizar los datos estadísticamente, partiendo de las puntuaciones directas.

Una vez comprobada la normalidad de la distribución se analizaron los datos de los seis tests aplicados a todos los enfermos sin tener en cuenta si eran depresivos o angustiados. Se quiere probar si hay relación o independencia entre los tests de ansiedad y depresión y para ello se hacen correlaciones entre ellos (véase Tabla n.º 1). Si los tests de ansiedad y depresión están midiendo parámetros distintos, cabría pensar que hay independencia entre ellos, o lo que es lo mismo, que sus correlaciones serían no significativas.

Para estar más seguros de que estos resultados no se interfieren con el grupo a que pertenecen, se realiza este mismo análisis teniendo en cuenta a qué grupo, ansioso o depresivo, pertenecen los enfermos (véanse Tablas n.º 2 y 3). Los resultados obtenidos, como ya se explicará en las conclusiones, difieren algo de los anteriores.

Mediante la prueba de significación de la diferencia de medias se comparan éstas en el mismo test por los enfermos depresivos y angustiados y se comprobará si hay diferencia significativa o no entre ellos. Primero se comprueba que las variaciones son iguales mediante la ley F de Snedecor y como se dispone de muestras inferiores a 30 usamos la ley Studen-Fisher (6) (véase Tabla n.º 4).

3. RESULTADOS

TABLA N.º 1

Correlaciones entre diversos cuestionarios de angustia y depresión aplicados a toda la muestra. (n = 41)

	Cattell	Taylor	Nad (A)	Hamilton	Zung	Nad (D)
Cattell	—	0.44	0.58	0.37	0.40	0.49
Taylor		—	0.64	0.41	0.31	0.37
Nad (A)			—	0.61	0.69	0.54
Hamilton				—	0.76	0.74
Zung					—	0.67
Nad (D)						—

Los coeficientes de correlación superiores a 0.30 son significativos al nivel de 5 %.
Los superiores a 0.39 al nivel del 1 %.

TABLA N.º 2

Correlación entre diversos cuestionarios de angustia y depresión aplicados sólo a enfermos angustiados (n = 28).

	Cattell	Taylor	Nad (A)	Hamilton	Zung	Nad (D)
Cattell	—	0.31	0.37	0.13	0.40	0.48
Taylor		—	0.58	0.31	0.10	0.19
Nad (A)			—	0.31	0.61	0.51
Hamilton				—	0.80	0.36
Zung					—	0.42
Nad (D)						—

Los coeficientes de correlación superiores a 0.36 son significativos al nivel de 5 %.
Los superiores a 0.47 al nivel del 1 %.

TABLA N.º 3

Correlación entre diversos cuestionarios de angustia y depresión aplicados sólo a enfermos depresivos. (n = 13).

	Cattell	Taylor	Nad (A)	Hamilton	Zung	Nad (D)
Cattell	—	0.70	0.69	0.56	0.88	0.69
Taylor		—	0.73	0.60	0.59	0.71
Nad (A)			—	0.50	0.80	0.80
Hamilton				—	0.65	0.84
Zung					—	0.72
Nad (D)						—

Los coeficientes de correlación superiores a 0.53 son significativos al nivel del 5 %.
Los superiores a 0.66 al nivel del 1 %.

TABLA N.º 4

Comparación entre los pacientes depresivos y angustiados.

	Depresivos			Angustiados			Significación de las diferencias	
	\bar{x}	S ²	N	\bar{x}	S ²	N	t	nivel sign.
Cattell	44.3	128.7	13	43.3	43.1	28	0.363	no sign.
Hamilton	24.5	57.2	13	18.1	12.8	28	3.657	sign. 1 %
Nad (A)	62.4	219.3	13	61.5	47.9	28	0.267	no sign.
Nad (D)	68.6	170.9	13	49.3	88.6	28	5.391	sign. 1 %
Taylor	31.0	32.3	13	28.8	45.6	28	1.047	no sign.
Zung	49.2	137.5	13	41.0	47.6	28	2.817	sign. 1 %

$$v = n_1 + n_2 - 2 = 39$$

4. CONCLUSIONES

1. Al hacer el estudio de los cuestionarios de ansiedad y depresión en la totalidad de los pacientes resulta que todos correlacionan significativamente. De esto podemos deducir que si no conociéramos «a priori» el diagnóstico, sería falso afirmar a través del test que un determinado enfermo es angustiado o depresivo. En otras palabras, el hecho de obtener puntuaciones altas en un cuestionario de ansiedad, por ejemplo, no nos permite encuadrarlo en esta entidad clínica, ya que si le administráramos otro cuestionario que midiera depresión tendríamos un 95 % de probabilidades como mínimo de que también obtuviera altas puntuaciones.

2. Cuando hacemos las correlaciones, sólo en el grupo de enfermos angustiados, resulta que los cuestionarios de ansiedad correlacionan significativamente entre ellos, a excepción del Cattell con el Taylor. Esta falta de correlación es probable venga dada por el hecho de que bastantes preguntas del Cattell van más dirigidas a la personalidad premórbida que a valorar el momento psicopatológico, lo que viene confirmado por el hecho de que, aunque significativa, la correlación del Cattell con el NAD (parte de angustia) es inferior a la de éste con el Taylor.

Por otra parte, los cuestionarios de depresión correlacionan todos significativamente.

Por último al correlacionar en estos pacientes angustiados los cuestionarios de ansiedad y depresión observamos que los únicos que no lo hacen significativamente son el Hamilton con los tres cuestionarios de ansiedad y el Taylor con los tres de depresión. Es decir, que el Hamilton en estos pacientes ansiosos es el único entre los cuestionarios de depresión que está midiendo algo distinto que los cuestionarios de angustia.

3. Al analizar las correlaciones en los enfermos depresivos observamos que todas son significativas excepto el NAD (parte de angustia) con el Ha-

milton. De esto podemos deducir que sólo estos dos cuestionarios están midiendo algo distinto en este tipo determinado de enfermos.

4. Son sumamente interesantes los datos obtenidos en la significación de la diferencia de medias, ya que sólo han sido significativas las medias obtenidas por los angustiados y los depresivos en los tres cuestionarios de depresión y no ha ocurrido así en los tres cuestionarios de ansiedad. De estos resultados podemos deducir que a los cuestionarios de ansiedad han contestado positivamente tanto depresivos como angustiados, mientras que en los cuestionarios de depresión se refleja un mayor acúmulo de respuestas afirmativas por parte del grupo de depresivos. Parece ser, pues, que los depresivos tienden a dar altos índices tanto en cuestionarios de depresión como de angustia y, sin embargo, los angustiados se limitan a hacerlo en los cuestionarios de angustia.

5. COMENTARIOS FINALES

A través de lo expuesto anteriormente creemos que ha quedado demostrado que los cuestionarios, aunque son un arma importante tanto como medio diagnóstico como para valorar cuantitativamente la evolución de un síndrome, tienen una serie de dificultades que hacen deban ser manejados con una cierta prudencia.

Cabría pensar que no se trata de los cuestionarios en sí, sino de las características intrínsecas del síndrome. Por ejemplo, respecto a lo que hemos dicho sobre que los depresivos contesten afirmativamente a todos los cuestionarios, podría aducirse que en realidad en estos pacientes además de la enfermedad de base hay un componente ansioso tan imponente que tiende a distorsionar los resultados, lo cual es cierto en parte.

A esta crítica se puede responder con lo ya expuesto al principio del trabajo. La solución no está en prescindir de los cuestionarios sino en construir unos o modificar los ya existentes de forma que se adapten mejor a la realidad clínica, matizando y perfilando cada uno de los ítems ya que los actuales poseen una red de filtraje tan amplia que no permite seleccionar y por ello se introducen todo tipo de pacientes.

RESUMEN

En nuestra práctica clínica observamos la insuficiencia de los cuestionarios como método diagnóstico, especialmente cuando se trata de establecer diferencias cualitativas entre cuadros de angustia y depresión.

Esta hipótesis se ha confirmado al realizar correlaciones entre 6 cuestionarios (tres de angustia y tres de depresión), que se administraron a 41 pacientes, (28 angustiados y 13 depresivos) y observar el elevado índice de interrelaciones existentes entre ellos.

Los pacientes depresivos tienden a puntuar alto, tanto en los cuestionarios de depresión como en los de angustia, mientras que los angustiados sólo lo hacen en estos últimos.

RESUME

Dans notre pratique clinique observons l'insuffisance des questionnaires comme méthode diagnostique, spécialement quand il s'agit d'établir des différences qualitatives entre les syndrômes d'angoisse et ceux de dépression.

On a vu se confirmer cette hypothèse en réalisant des corrélations entre six questionnaires, (trois d'angoisse et trois de dépression) qu'ont proposés à 41 patients, (28 angoissés et 13 dépressifs) et en observant le taux de rapports qui existent entre eux.

Les malades dépressifs ont tendance à donner de très forts résultats, aussi bien quand il s'agit des questionnaires de dépression que ceux d'angoisse, tandis que les malades angoissés donnent une haute note uniquement quand il s'agit des questionnaires d'angoisse.

SUMMARY

In our clinical practice we have noticed the insufficiency of questionnaires, as a diagnostic method, specially when it is a question of establishing qualitative differences between cases of anxiety and depression.

This hypothesis has been confirmed by making correlations between six questionnaires, (three on anxiety and three on depression). These were given to 41 patients, 28 suffering from anxiety and 13 from depression, and observing the high index of related factors existing between them.

Depressive patients had a tendency for high scores on both questionnaires, anxiety and depression, whereas the patients suffering from anxiety had only high scores on the questionnaires of anxiety.

BIBLIOGRAFIA

1. CATTELL, R. B. HAN: *Handbook for the I.P.A.T. Anxiety Scale*. Champaign. III. I.P.A.T., 21, 1957.
2. TAYLOR, J. A.: *A personality scale of manifest anxiety*. J. Abnorm. soc Psychol. 28, 285, 1953.
3. HAMILTON, M.: *Arating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960, 23, 1956.
4. CONDE, V.; IZQUIERDO, J. A.: *La escala autoaplicada para la depresión de Zung en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología. Valencia, 1969.
5. COSTA, J. M., MALGÁ, A.: *Correlaciones clínicas y Psicológicas entre los síndromes de angustia y depresión*. Com. al IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Murcia, 1967.
6. DOMÉNECH, J. M.: *Métodos estadísticos aplicados a la Psicología*. Departamento de Psicología. Univ. de Barcelona.

